**باسمه تعالي**

**نام پرسشگر.........وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي تاريخ پرسشگري:............**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **کدمتوفی: .................** | **پرسشنامه "ب": مخصوص بررسيمشخصات کلی خانواده و سوابق بیماری متوفی1-59 ماهه** | شماره پرونده/ خانوار**:..........** |
| نام دانشگاه/دانشكده: .......................نام شهرستان : .........................نام بیمارستان....................کد ملی متوفی \_.\_ \_ \_ \_ \_ \_.\_ \_ \_ |
| 1- نام و نام خانوادگي متوفي: ............................................... | 2- سن متوفيهنگام فوت (برحسب ماه): .......... |
| 3- تاریخ تولد متوفی :........../........../........13 | 4- زمان وقوع فوت :........../........../........13 ساعت......... |
| 5- جنس ومليت متوفي: 1- پسر⬜ 2- دختر⬜ 1- ايراني⬜ 2- غيرايراني⬜................ | 6- منطقه سكونت: 1- شهري ⬜................. 2- روستايي⬜…………… 3- عشاير ⬜ |
| 7-وضعیت حضورمتوفی در خانواده : 1 - زندگی با پدر و مادر ⬜ 2- زندگی با مادر ⬜ 3- زندگی با پدر ⬜4- زندگی با سایر افراد خانواده و بستگان ⬜ 5- مراکز نگهداری و حمایتی⬜ 6- ساير⬜......... |
| 8-میزان تحصيلات مادر/مراقب متوفی: 1- بيسواد⬜2- ابتدائی ⬜ 3- راهنمايي ⬜ 4- دبيرستان ⬜ 5- دانشگاهی ⬜ |
| 9–آیا مرگ کود ک دراثرحادثه بوده است؟ 1- بله⬜ 2- خیر⬜***اگر مرگ در اثر حادثه نبود به سوال 14 بروید..***  |
| 10- زمان وقوع حادثه : .........(ساعت) ......./........../........13 |
| 11- محل وقوع حادثه:1- منزل⬜ 2- حریم منطقه مسکونی⬜ 3- جاده داخل منطقه مسکونی⬜ 4- جاده خارج منطقه مسکونی⬜ 5- سایر ⬜......... |
| 12- کودک كداميك از علائم زير را (قبل از مراجعه) داشت ؟زمان مشاهده اولین علامت ذیل : .........(ساعت) ........./........../........13مشكل بودن تنفس ⬜ عدم توانايي نوشيدن(شير يا مايعات) ⬜ تشنج در اين بيماري ⬜ استفراغ بدنبال خوردن هر چیزی ⬜ خواب آلودگي يا کاهش هوشياري ⬜ خونریزی ⬜ ساير⬜.......................  |
| 13- برای درمان کودک(آخرین بار قبل از وقوع فوت)بترتیببه چه کسی یا محلی مراجعه کردید؟(*درخانه مقابل هرگزینه انتخابی ترتیب مراجعه را ثبت نمایید*)1. بیمارستان ⬜ ... 2- مرکز بهداشتی یادرمانگاه دولتی⬜... 3-مطب ومراکزخصوصی⬜...4-خانه بهداشت⬜..5-درمانگرهای سنتی⬜..

6- به هیچ کجا⬜***اگر جواب گزینه 1یا2یا3 نباشد به سوال22 بروید.*** |
| 14-زمان مراجعه به اولين مرکز درمانی قبل ازوقوع فوت: .........(ساعت) ......./........../........13 |
| 15-آياانتقال کودک توسط آمبولانس صورت گرفت؟بله⬜خیر⬜**اگرخیر،علت؟عدم دسترسی فوری⬜ بهنظرم نیازی نبود⬜سایر⬜.........**اگربلي،آیا حین انتقال برای کودک سرم تزریق شده بود؟ بله⬜ خیر⬜ سایر اقدامات.....................................مدت زمان انتقال:............... |
| 16- آیا پس از ورود به مرکز درمانی یا بیمارستان ، کودک بلافاصله (کمتراز5 دقیقه) توسط پزشک معاینه شده بود؟ بله⬜خیر⬜ ***اگرخیر، علت؟ درآن زمان پزشک حضورنداشت***⬜ ***تعدادمراجعین به پزشک زیاد بود***⬜ ***سایر***⬜ ***...............***  |
| 17- آيا براي كودك ،دستورات درماني و تشخيصي توصيه شده بود ؟ بله⬜ خیر⬜ نمي داند⬜***اگر جواب ،خیر ونمی داند بود به سوال 20بروید*** |
| 18- آیا پس ازویزیت ، بلافاصله اقدامات درمانی وتشخیصی انجام شده است؟ بله⬜ خیر⬜ نمي داند⬜ |
| 19- وضعیت خانواده در قبال دستورات درمانی و تشخیصی توصیه شده :1-19- دسترسی به درمان و داروی توصیه شده بله⬜ خیر⬜ نمی داند⬜2-19- دسترسی به آزمایشگاه و رادیولوژی توصیه شده بله⬜خیر⬜نمی داند⬜3-19- مشکلات اقتصادی در راه تامین وانجام توصیه ها بله⬜خیر⬜نمی داند⬜ |
| 20- آيادرخواست انتقال به مرکز ديگري توصيه شده بود؟ بله⬜ خیر⬜ نمي داند⬜اگر بلي : آیا انتقال ، انجام شده است ؟ بله⬜ خیر⬜ در صورت خیر ، علت راذکر کنید ......................................................... |
| 21-محل فوت:1-بیمارستان⬜ 2-منزل ⬜ 3-در راه انتقال⬜4-در مراكز سرپایی⬜5-در محل وقوع حادثه⬜ 6-سایر⬜ ......... |
| 22-آيا تاکنون فرزند ديگري درسن کمتراز5 سال در خانواده فوت کرده است؟بله⬜ خير⬜ نمي داند⬜-آيا مرگ فرزند قبلي مشابه مرگ اين فرزند است؟ بله⬜ خير⬜ نمي داند⬜ ساير............سن متوفي.....جنس .... |
| 23- داستان مرگ از زبان مادر یا سرپرست کودک:(توضيحات اضافه تر)نام خانوادگی پاسخ دهنده: نسبت بامتوفی: آدرس یا شماره تلفن تماس :  |